

Revista Internacional y Comparada de

**RELACIONES
LABORALES Y
DERECHO
DEL EMPLEO**

Escuela Internacional de Alta Formación en Relaciones Laborales y de Trabajo de ADAPT

Comité de Gestión Editorial

Alfredo Sánchez-Castañeda (México)

Michele Tiraboschi (Italia)

Directores Científicos

Mark S. Anner (Estados Unidos), Pablo Arellano Ortiz (Chile), Lance Compa (Estados Unidos), Jesús Cruz Villalón (España), Luis Enrique De la Villa Gil (España), Jordi Garcia Viña (España), Adrián Goldin (Argentina), Julio Armando Grisolia (Argentina), Oscar Hernández (Venezuela), María Patricia Kurczyn Villalobos (México), Lourdes Mella Méndez (España), Antonio Ojeda Avilés (España), Barbara Palli (Francia), Juan Raso Delgue (Uruguay), Carlos Reynoso Castillo (México), María Luz Rodríguez Fernández (España), Raúl G. Saco Barrios (Perú), Alfredo Sánchez-Castañeda (México), Michele Tiraboschi (Italia), Anil Verma (Canada), Marcin Wujczyk (Polonia)

Comité Evaluador

Henar Alvarez Cuesta (España), Fernando Ballester Laguna (España), Francisco J. Barba (España), Ricardo Barona Betancourt (Colombia), Miguel Basterra Hernández (España), Carolina Blasco Jover (España), Esther Carrizosa Prieto (España), M^a José Cervilla Garzón (España), Juan Escribano Gutiérrez (España), María Belén Fernández Collados (España), Alicia Fernández-Peinado Martínez (España), Rodrigo Garcia Schwarz (Brasil), José Luis Gil y Gil (España), Sandra Goldflus (Uruguay), Miguel Ángel Gómez Salado (España), Estefanía González Cobaleda (España), Djamil Tony Kahale Carrillo (España), Gabriela Mendizábal Bermúdez (México), David Montoya Medina (España), María Ascensión Morales (México), Juan Manuel Moreno Díaz (España), Pilar Núñez-Cortés Contreras (España), Eleonora G. Peliza (Argentina), Salvador Perán Quesada (España), Alma Elena Rueda (México), José Luis Ruiz Santamaría (España), María Salas Porras (España), José Sánchez Pérez (España), Esperanza Macarena Sierra Benítez (España), Carmen Viqueira Pérez (España)

Comité de Redacción

Omar Ernesto Castro Güiza (Colombia), Maria Alejandra Chacon Ospina (Colombia), Silvia Fernández Martínez (España), Paulina Galicia (México), Noemi Monroy (México), Juan Pablo Mugnolo (Argentina), Lavinia Serrani (Italia), Carmen Solís Prieto (España), Marcela Vigna (Uruguay)

Redactor Responsable de la Revisión final de la Revista

Alfredo Sánchez-Castañeda (México)

Redactor Responsable de la Gestión Digital

Tomaso Tiraboschi (ADAPT Technologies)

Disposiciones y medidas preventivas y de seguridad social adoptadas en España frente a los riesgos laborales derivados del SARS-CoV-2: balance y propuestas desde un análisis *gender sensitive*

Amparo GARRIGUES GIMÉNEZ*

RESUMEN: Las normas europeas y españolas, consideran al SARS-CoV-2 como agente biológico con relevancia en el ámbito de la salud laboral. Los datos demuestran que, entre el personal sanitario y sociosanitario, la incidencia de los contagios ha sido muy elevada, afectando a las mujeres en un 77,9% de los casos. La exposición a la infección en otros entornos laborales también se da, aunque no se dispone de datos desagregados por sexos. Además, y en general, la pandemia ha reforzado los riesgos laborales ergonómicos, físicos, ambientales, químicos y psicosociales. Se lleva a cabo un análisis sobre la integración – o no – de la perspectiva de sexo y de género en las normas y medidas administrativas adoptadas para evitar la exposición al SARS-CoV-2 en el trabajo. Para ello, se han aplicado los criterios de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Se concluye con un examen de la evolución de las medidas de seguridad social para la protección de los trabajadores en caso de infección por SARS-CoV-2 de origen profesional, así como su impacto de género.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, riesgo laboral, prevención, género, mujer, accidente de trabajo, enfermedad profesional, seguridad social, SARS-CoV-2, Covid-19.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Impacto diferencial de la pandemia por Covid-19 en la salud laboral de las trabajadoras: manifestaciones y causalidad. 2.1. La exposición profesional al SARS-CoV-2 como agente biológico: implicaciones de sexo y de género. 2.2. Otros riesgos para la salud de las mujeres inherentes a los escenarios laborales de la pandemia: endurecimiento de las condiciones de trabajo e incremento en la frecuencia y/o gravedad de la exposición a determinados riesgos laborales. 2.2.1. Riesgos ergonómicos. 2.2.2. Riesgos químicos. 2.2.3. Riesgos derivados del uso de los EPI. 2.2.4. Riesgos psicosociales. 3. Respuesta a la pandemia desde la prevención de riesgos laborales: ¿políticas y medidas de salud laboral con perspectiva de género? 4. La protección de seguridad social en los supuestos de infección por SARS-CoV-2 de origen profesional: acción *reparadora* improvisada con fuerte impacto de género. 5. Bibliografía.

* Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universitat Jaume I (España).

Regulations and Preventive and Social Security Measures Adopted in Spain to Tackle Occupational Risks Derived from SARS-CoV-2: Balance and Proposals from a Gender Sensitive Analysis

ABSTRACT: EU and Spanish legislations consider SARS-CoV-2 as a relevant biological agent in the field of occupational health. Data show that, among health and social health personnel, the incidence of infections has been very high, affecting women in 77.9% of cases. Exposure to infection in other work settings also occurs, although data disaggregated by sex is not available. In addition, and in general, the pandemic has reinforced ergonomic, physical, environmental, chemical and psychosocial occupational risks. An analysis is carried out on the integration – or not – of gender perspective in the regulations and administrative measures adopted to avoid exposure to SARS-CoV-2 at work. With this purpose, the criteria of the European Agency for Safety and Health at Work have been applied. It concludes with an examination of the evolution of social security measures for the protection of workers in the event of SARS-CoV-2 infection of professional origin, as well as their gender impact.

Key Words: Working conditions, occupational risk, prevention, gender, woman, work accident, occupational disease, social security, SARS-CoV-2, Covid-19.

1. Introducción

Cuando la exposición a los riesgos laborales se da en un contexto de epidemia o de pandemia, los eventuales impactos diferenciales en mujeres y hombres adquieren una dimensión mayor, no ya aritmética, sino exponencial. Desde el riesgo de exposición y la susceptibilidad biológica a la infección, hasta las implicaciones sociales y económicas, se ven influidas por las características biológicas y de género de las personas, y su interacción con otros determinantes sociales. Es por ello que, como ha señalado la OMS¹, los planes estratégicos mundiales y nacionales para la preparación y la respuesta a la pandemia provocada por la Covid-19 deben basarse en un *análisis sólido del género* y deben garantizar una participación significativa de los grupos afectados, incluidas las mujeres y las niñas, en la toma de decisiones y la aplicación². Las evidencias obtenidas de epidemias pasadas, como el brote de Coronavirus del SARS en 2002-2003³, también ponen de manifiesto la probabilidad de que hombres y mujeres tengan susceptibilidades diferentes al virus y diferentes vulnerabilidades a la infección como resultado de factores relacionados con el sexo y el género. En este sentido, y a nivel mundial, la disponibilidad de datos desglosados por sexo y edad es limitada, lo que dificulta el análisis de las implicaciones de género de la Covid-19 y el desarrollo de respuestas apropiadas. Los datos disponibles provienen de relativamente pocos países y resultan, por tanto, sesgados, por lo que cualquier interpretación de las diferencias de sexo y género en términos *globales* debe hacerse con gran cautela. No obstante, un análisis preliminar de los datos disponibles⁴ muestra una distribución mundial relativamente uniforme de las infecciones entre mujeres y hombres (49,1% frente al 50,9%, respectivamente), con algunas variaciones en todos los grupos de edad. Por lo que hace a la letalidad, parece haber un mayor número de muertes entre los hombres.

Por lo que hace a España – marco del presente análisis – y de acuerdo con los datos periódicamente actualizados por el Ministerio de Sanidad⁵,

¹ OMS, [El género y la COVID-19](#), Documento de apoyo, 14 mayo 2020.

² WHO, [Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of International Health Regulations \(IHR, 2005\). Draft resolution proposed by Argentina, Chile, Finland, France, Indonesia, Netherlands, Rwanda, Singapore and Zambia](#), Executive Board, 146th session, 8 February 2020, EB146/CONF./17.

³ WHO, [Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme. An analytical framework](#), 2011, p. 18.

⁴ COVID-19: *Sex-disaggregated case data (provisional analysis)*, en UN WOMEN, [COVID-19: emerging gender data and why it matters](#), en data.unwomen.org, 26 junio 2020.

⁵ Los más recientes en ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo](#), Informe COVID-19, 28 abril 2021.

únicamente aparecen desglosados por sexos *los casos de Covid-19 notificados* a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), con diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020. De acuerdo con ellos, se han dado más casos de infección en mujeres que en hombres (52,5%, frente a 47,4%), siendo tal mayor incidencia superior en los grupos de edad de 30 a 49 años y a partir de 80; la mediana de edad es similar para ambos sexos: 42-41 años. Además, la enfermedad ha manifestado síntomas (y, por tanto, afectación de la situación clínica) en una proporción también mayor de mujeres que de hombres (59% y 57,1%, respectivamente).

2. Impacto diferencial de la pandemia por Covid-19 en la salud laboral de las trabajadoras: manifestaciones y causalidad

2.1. La exposición profesional al SARS-CoV-2 como agente biológico: implicaciones de sexo y de género

La Orden TES/1180/2020, de 4 de diciembre, ha venido a modificar el RD 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Se ha reformado el Anexo II del mismo, incluyéndose el virus SARS-CoV-2 en el Grupo 3 de agentes biológicos (se modifican, además – aunque exclusivamente para la familia de los *Coronaviridae*, hasta el 19 de noviembre de 2021, estableciéndose su aplicación general, con posterioridad a dicha fecha, a todos los agentes biológicos – los Anexos IV y V). La indicada Orden TES/1180/2020 ha propiciado, así, de manera urgente la transposición al Derecho español de la asimismo perentoria Directiva (UE) 2020/739, de la Comisión, de 3 de junio, por la que se modifica el anexo III de la Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a la inclusión del SARS-CoV-2 en la lista de agentes biológicos que son patógenos humanos conocidos, así como – con menor premura – de la Directiva (UE) 2019/1833 de la Comisión. Sentada, de este modo, en España, la condición del SARS-CoV-2 como *agente biológico con relevancia en el ámbito de la salud laboral* procede hacer referencia al impacto del mismo sobre la salud de las trabajadoras. Los *Informes* de ISCIII, CNE y RENAVE⁶ aportan datos desagregados por sexos que resultan pertinentes a tal propósito. En este sentido, y por lo que hace al personal sanitario y sociosanitario (en tanto especialmente expuesto

⁶ *Ibidem*, p. 9.

a la infección por razones profesionales⁷; los casos en este personal representan, actualmente un 3,6% del total de casos notificados durante toda la pandemia), los datos presentan un importante diferencial por lo que hace a la infección en las mujeres respecto de los hombres. Las mujeres representan un 77,9% de los casos reportados de infección en dicho ámbito y un 5,4% del total nacional de mujeres infectadas (los varones en ocupaciones sanitarias y sociosanitarias, el 1,7% de los diagnosticados).

Si se centra el *scope* en el tipo de actividad específica, la mayor incidencia de infecciones en las mujeres se ha dado entre las que desarrollan su actividad en *centros sanitarios* (61,3%) y *centros sociosanitarios* (29,5%). Este perfil se presenta, paralelo, entre los varones trabajadores sociosanitarios diagnosticados. No obstante, si se calculan los porcentajes de infectados de uno y otro sexo, el panorama apunta a *un contexto epidemiológico cuantitativo de claro perfil femenino*⁸, propiciado, sin duda, por tratarse de sectores (el sanitario y el sociosanitario) claramente feminizados. En efecto, de los casos notificados relativos a personal de centros sanitarios, el 76% ha correspondido a mujeres; en el caso de los centros sociosanitarios, éstas representan el 85%).

Obviamente, los sesgos de género en la fuerza de trabajo, plasmados en el fenómeno de la segregación ocupacional de las mujeres han actuado – y actúan – como elemento determinante de la seguridad y salud de las mujeres que están empleadas en estos sectores⁹, tradicionalmente feminizados¹⁰.

⁷ *Fómites* (objetos o materiales que pueden estar contaminados con virus viables) en el entorno inmediato alrededor de una persona infectada. La transmisión puede ocurrir tocando los fómites y, acto seguido, tocar la boca, la nariz o los ojos. *Vid.* ILO, WHO, [COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Interim guidance](#), en www.who.int, 2 febrero 2021.

⁸ ISCIII, CNE, RENAVE, [Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España](#), 29 mayo 2020, p. 7.

⁹ Como señala UN Women, «Los datos iniciales muestran que los hombres son más propensos a morir de COVID-19 que las mujeres. Pero los investigadores advierten que los datos son incompletos, inconsistentes en todos los países y deben ser tratados con precaución. A medida que aprendemos más, puede ser que algunos grupos de mujeres sean particularmente vulnerables. Por ejemplo, las mujeres representan el 70% de los trabajadores sanitarios de todo el mundo y el 80% de las enfermeras de la mayoría de las regiones, roles en los que tienen un contacto particularmente estrecho y prolongado con pacientes enfermos» (L. TURQUET, S. KOISSY-KPEIN, [COVID-19 and gender: What do we know: what do we need to know?](#), en data.unwomen.org, 13 abril 2020).

¹⁰ Por lo que hace a España, de los datos (cifras absolutas) de la EPA se desprende que, en el primer trimestre de 2020, las mujeres empleadas en *actividades sanitarias y de servicios sociales* constituían el 77,6% del total de personas asalariadas en dichas actividades. El INE muestra, asimismo, cómo entre los «Médicos [*sic*] colegiados por año y sexo (2019)», las mujeres representan el 51,6%. Por lo que hace a los «Enfermeros [*sic*] colegiados por año

El personal sanitario y sociosanitario es, así, el más representativo en cuanto al riesgo de exposición laboral a la Covid-19.

No obstante, la exposición a la infección en otros entornos laborales es, asimismo, un hecho. No sólo hay evidencia de transmisión¹¹ en entornos fuera de instalaciones médicas, sino, también, en otros espacios: preferentemente interiores, con aforo importante de personas e insuficientemente ventilados, donde los sujetos infectados pasan un tiempo prolongado con las demás (lo que sugiere la posibilidad de transmisión en aerosol, además de la transmisión de gotas y fómites)¹².

Por lo que hace a la incidencia del SARS-CoV-2 sobre las trabajadoras *en general*, hay que advertir que, salvo – como se ha visto – en los casos de profesionales de los ámbitos sanitario y sociosanitario, en España no se dispone de información desagregada por sexos sobre casos de infección por SARS-CoV-2 en las distintas ocupaciones (CNO), ni tampoco en las diferentes actividades económicas (CNAE).

No obstante, el carácter *laboral* de la exposición es una de las variables epidemiológicas tomadas en consideración en la información oficial sanitaria que, por considerar la variable *sexo*, puede conducirnos a una estimación siquiera global del impacto de sexo y de género de la pandemia en las trabajadoras. Así, y conforme a los últimos datos disponibles¹³, 116.858 de los casos diagnosticados (un 5,3% del total) responden, precisamente, al origen *laboral* del contagio. Y, aún siendo esta información relativa a un conjunto heterogéneo – por cuanto no viene referida a sector de actividad concreto, sino en general, y un eventual impacto de la segregación ocupacional de género resultaría, por ello, imperceptible – sorprende cómo *el porcentaje de mujeres infectadas es prácticamente idéntico al de los hombres* (49,7%, frente a 50,3%).

Tampoco se dispone de información actualizada desagregada por sexos relativa a la gravedad del cuadro clínico, ni a la letalidad¹⁴ en todos los casos reportados hasta la fecha, si bien el Ministerio de Sanidad remite a fuentes indirectas¹⁵ (vigilancia de los excesos de mortalidad por

y sexo (2019)», la presencia femenina es del 84,2%. No hay datos nacionales, desagregados por sexos, relativos al personal auxiliar de enfermería, ni a otras personas que, desarrollando sus tareas en centros sanitarios o sociosanitarios, no realizan actividades asistenciales.

¹¹ Vid. ILO, WHO, *op. cit.*

¹² Vid. la definición *supra*, nota 7.

¹³ ISCIII, CNE, RENAVE, *Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo*, cit.

¹⁴ Salvo en el caso del personal sanitario, como se pone de manifiesto en AA.VV., *Prevención de riesgos biológicos y Covid-19*, Bomarzo, 2020, p. 146.

¹⁵ En concreto, el informe ISCIII, CNE, *Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las*

todas las causas), donde se aprecia un exceso de mortalidad entre el 10 de marzo de 2020 y el 27 de abril de 2021, con un incremento cercano al 50% para ambos sexos.

En cualquier caso y, como se verá más adelante – al abordar las medidas *reparadoras* que en materia de seguridad social se han dispuesto para subvenir las consecuencias de la exposición profesional al SARS-CoV-2 –, la consideración como *accidente de trabajo* de los contagios contraídos con causa *exclusiva* en la realización del trabajo ha hecho precisa la notificación de tales eventos a través del Sistema Delt@ (añadiéndose, para ello, un nuevo código: el 073)¹⁶, lo que ha posibilitado un mejor seguimiento estadístico. De esta manera, el INSSST ha desarrollado un informe¹⁷, partiendo de datos acumulados, en que se analizan los accidentes de trabajo que responden al código de descripción de la lesión 073, notificados entre enero de 2020 y enero de 2021. Según dicho informe, que desagrega por sexos los datos globales, las mujeres han supuesto, durante dicho periodo, el 79,8% de los casos de accidente de trabajo por Covid-19 y los hombres el 20,2%, manteniéndose tales proporciones, *mutatis mutandis*, en los datos mensuales. El informe del INSSST ofrece, asimismo – si bien, ya no desagregada por sexos – información muy relevante, relativa a la actividad de la empresa y las ocupaciones respecto de las que se han reportado los casos (en ello se profundizará más adelante, en sede de la consideración – o no – de la infección por SARS-CoV-2 como *contingencia profesional* a los efectos de su protección por el sistema de Seguridad Social y su impacto de género). En este sentido, y por lo que hace a la *actividad de la empresa*, destacan – con enorme amplitud – las actividades encuadradas en el *sector servicios* y, entre ellas, las *actividades sanitarias y sociosanitarias* (actividades hospitalarias: 86,3%; actividades médicas y odontológicas: 5,2%; asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios: 3,7%), y significativamente, aunque a una distancia considerable, la *Administración Pública* (2,4%).

Por lo que se refiere a las *ocupaciones de las personas afectadas*, adquieren una relevancia sin parangón las *profesiones sanitarias*, con especial impacto en *enfermería y auxiliares de enfermería* (profesionales de enfermería y partería:

[causas. MoMo. Situación a 27 de abril de 2021](#), 2021, en particular, a partir de los datos en Tabla 1, p. 2.

¹⁶ La recomendación publicada en la página web de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat) sobre el tratamiento estadístico de datos de salud y seguridad en el trabajo en el contexto de la crisis Covid-19, propuso añadir un nuevo código 073 en el campo descripción de la lesión para los casos de Covid-19 reconocidos como accidentes de trabajo.

¹⁷ INSSST, *Casos notificados Covid-19 como contingencia profesional. Datos acumulados febrero 2020-enero 2021*, 2021.

34,7%; auxiliares de enfermería: 26%, médicos: 18,6%; técnicos auxiliares de farmacia, emergencias sanitarias, otros trabajadores de los cuidados, etc.: 8%; otros profesionales de la salud: 3,5%; otros técnicos sanitarios 1,5%; técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis: 0,9%), seguidas – con gran diferencia de impacto – por otros colectivos laborales. Puede afirmarse, para concluir el presente epígrafe, que como *riesgo laboral de naturaleza biológica*, la infección por SARS-CoV-2, *per se*, presenta un acusado perfil de género, en tanto afecta predominantemente a actividades y profesiones altamente feminizadas¹⁸, con lo que su impacto en las trabajadoras está resultando muy intenso.

2.2. Otros riesgos para la salud de las mujeres inherentes a los escenarios laborales de la pandemia: endurecimiento de las condiciones de trabajo e incremento en la frecuencia y/o gravedad de la exposición a determinados riesgos laborales

La crisis sanitaria provocada por la Covid-19 está incidiendo en el medio ambiente de trabajo *en general*, en todas las actividades y ocupaciones, no ya *per se* – según se acaba de ver, en tanto exposición a un riesgo biológico concreto (el SARS-CoV-2) – que también –, sino que, por su caracterización como pandemia, está afectando a la *normalidad* social, económica y, por supuesto, productiva y laboral. En efecto, la pandemia está teniendo un impacto socio-económico desproporcionado en ciertos segmentos de la población, lo que puede empeorar la desigualdad que afecta principalmente a algunos grupos de trabajadores, como las personas con problemas de salud subyacentes, los jóvenes, las personas de mayor edad, las personas empleadas en la economía informal, migrantes y, por lo que a las presentes páginas incumbe, *las mujeres*, sobrerrepresentadas en ocupaciones en la primera línea de la lucha contra la pandemia (como la sanidad) o de resistencia frente a la misma, y que soportan una carga desproporcionada (física y mental) tanto de trabajo, como en las responsabilidades de cuidado,

¹⁸ De los datos (cifras absolutas) de la EPA se desprende que, en el primer trimestre de 2020, las mujeres empleadas constituían más del 50% del personal asalariado en las siguientes actividades (todas ellas encuadradas en el sector servicios): Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas, 52,7%; Hostelería, 54,6%; Actividades financieras y de seguros, 54,4%; Actividades inmobiliarias, 67,8%; Actividades profesionales, científicas y técnicas, 57,4%; Actividades administrativas y servicios auxiliares, 54,9%; Educación, 67,1%, Actividades sanitarias y de servicios sociales, 77,6%; Otros servicios, 68,8%; Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio, 88%.

en caso de cierre de escuelas o sistemas de atención, además de resultar especialmente vulnerables, por razones de sexo y de género, a algunos de los riesgos creados o incrementados en el nuevo escenario laboral.

Y es que, tanto la pandemia y el riesgo de exposición, como las medidas públicas adoptadas para la contención de la misma se han convertido, en la mayor parte de los ámbitos productivos (no sólo en las actividades sanitaria y sociosanitaria), en un contexto excepcional bajo cuyas especiales condiciones (de trabajo y, por ende, de seguridad y salud laboral) debe mantenerse, en lo posible, la actividad productiva. En este sentido, ha de hacerse referencia a los riesgos ergonómicos, físicos, ambientales químicos y psicosociales presentes en los nuevos escenarios laborales creados durante la pandemia.

2.2.1. Riesgos ergonómicos

Como premisa, ha de tenerse en cuenta que el cálculo de la *carga física* de una actividad dependerá del sexo de la persona que lo desempeñe. La carga física es estática (la relativa a las posturas) o dinámica (relativa al gasto energético). En ambos casos, el sexo de la persona trabajadora resulta un criterio técnico relevante para la evaluación de riesgos derivados de posturas estáticas y de movimientos repetitivos¹⁹.

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) aparecen como consecuencia de las exigencias físicas de la tarea, el diseño de los puestos de trabajo y la organización del trabajo, y afectan en un elevadísimo grado tanto a hombres como a mujeres, si bien diversas investigaciones indican que las mujeres presentan el problema más frecuentemente y de forma distinta²⁰. Las mujeres tienen menos fuerza muscular que los hombres, su cuerpo es de menor tamaño, tienen menos capacidad aeróbica, y su capacidad reproductora las condiciona más. Ello implica diferente forma de desarrollar las tareas y, por tanto, que ante iguales condiciones ergonómicas, los efectos adversos para la salud podrían ser mayores para ellas.

La manipulación manual de cargas, a menudo asociada a posturas incómodas y forzadas, puede causar lesiones musculoesqueléticas agudas, disminuyendo la capacidad de trabajo y reduciendo la capacidad de seguir prácticas laborales estrictas. Si bien el manejo manual de cargas es más habitual entre los hombres, las mujeres que trabajan en limpieza, servicios

¹⁹ INSST, NTP 177: *La carga física de trabajo: definición y evaluación*, 198(sic).

²⁰ INSST, NTP 657: *Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales*, 2004, y INSST, NTP 658: *Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (II): recomendaciones preventivas*, 2004.

de comidas y las trabajadoras sanitarias sufren daños debidos al levantamiento y transporte de cargas pesadas²¹. El RD 487/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores, establece consideraciones diferenciales para mujeres y hombres, ya que las mujeres tienen en conjunto menor capacidad de aplicar fuerza en un levantamiento (aproximadamente 2/3 de la capacidad de los hombres). De otra parte, también han de tenerse en cuenta las situaciones de embarazo y puerperio²²: la sobrecarga de peso y el cambio en la curvatura de la columna lumbar para compensarlo que tiene que sobrellevar la futura madre hace que, en muchas ocasiones, la espalda ya esté dolorida incluso sin realizar ningún tipo de esfuerzo adicional. Además, el embarazo causa cambios hormonales que pueden afectar a los ligamentos, aumentando el riesgo de lesiones para la madre. También aumenta la posibilidad de aborto o parto prematuro si se levantan pesos o se realizan movimientos bruscos o actividad física intensa.

La exposición a este riesgo ergonómico (y a sufrir lesiones musculoesqueléticas) se han incrementado, especialmente – aunque no sólo – entre las mujeres que desarrollan profesiones sanitarias (particularmente, en enfermería y auxiliares de enfermería) y sociosanitarias, quienes no sólo están sobrerrepresentadas en dichas actividades, y resultan más vulnerables que los hombres – según se acaba de decir – por condicionantes propios de su sexo, sino, también, por el hecho de que su carga de trabajo (por el brutal ascenso en la presión asistencial, particularmente hospitalaria) se ha incrementado considerablemente y, con ella, las maniobras de movilización de pacientes. En este sentido, la Nota Técnica de Prevención (NTP) 907 (vigente) del INSSST²³ señala cómo los datos de estudios epidemiológicos indican de un modo inequívoco la relación entre la tipología y la cantidad de maniobras de transferencia manual de pacientes por un lado, y la ocurrencia de alguna patología aguda o crónica del raquis lumbar por otro; según se expone, los estudios biomecánicos han evidenciado que la movilización manual de pacientes induce una carga discal superior al valor definido como tolerable (llamado “límite de acción”, y que es *diferente para*

²¹ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, [Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo](#), Fact, 2003, n. 42.

²² La Directiva 92/85/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia, cita como actividad que puede producir riesgo de lesiones fetales o provocar riesgo de desprendimiento de la placenta la manipulación manual de cargas pesadas que supongan riesgos en particular dorsolumbares.

²³ *Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: método MAPO*, 2011.

mujeres y para hombres: 400 kg para hombres y sólo 275 kg para mujeres). Además, en algunas maniobras en situaciones reales los valores de carga discal pueden superar incluso el valor de rotura de la unidad disco-vertebral, también distinto según el sexo: próximo a 580 kg para los hombres y 400 kg para las mujeres.

De otra parte, el consumo metabólico sirve para evaluar la carga física y es, asimismo, una variable necesaria para valorar la agresión térmica. Existen distintos métodos para determinar el gasto energético, basados en la Norma UNE 8996, *Ergonomía del ambiente térmico. Determinación de la tasa metabólica*, que es la versión oficial, en español, de la Norma Europea EN ISO 8996 de octubre de 2004. En ella se describen los diferentes métodos de determinación del consumo energético indicando el nivel de precisión de cada uno de ellos; entre ellos, destaca como de mayor precisión el del «Consumo metabólico a partir de los requisitos de la tarea», en el cual la tasa metabólica se determina añadiendo a la tasa metabólica basal (diferente para hombres y mujeres y variable por razón de la edad) las tasas metabólicas asociadas a la postura del cuerpo, al tipo de trabajo y al movimiento del cuerpo.

Las trabajadoras del comercio de alimentación, los servicios de limpieza, las empresas de servicios financieros – incluidos los bancos –, la seguridad privada, etc. (actividades, todas, declaradas *servicios esenciales* durante la pandemia y, muchas de ellas, claramente feminizadas), que ya se enfrentan a un trabajo físicamente exigente, pueden tener que afrontar una duración mayor de la jornada laboral, una carga adicional de trabajo y una alta presión debido al mayor número de personal ausente²⁴. Estos problemas pueden, además, aumentar el riesgo de TME, incrementar el estrés y la fatiga y acrecentar el riesgo de accidentes y lesiones.

2.2.2. Riesgos químicos

La limpieza y la desinfección con productos químicos se convierten a menudo en elementos clave para frenar el contagio. En todos los lugares de trabajo, especialmente en los servicios esenciales clave (sanidad, comercio de comestibles, personal de emergencia, limpieza y otros sectores laborales) el trabajo se realiza con frecuencia en presencia de productos químicos y desinfectantes para la autoprotección o la del público.

Algunos de los productos químicos que se utilizan con frecuencia la

²⁴ OSHA, *Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19*, US Department of Labor, 2020, OSHA 3990-03.

desinfección frente al SARS-CoV-2 – como los compuestos de amonio cuaternario (comúnmente encontrados en toallitas desinfectantes, aerosoles y otros productos de limpieza domésticos) – pueden afectar negativamente los procesos de ovulación, aumentar el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y afectar los síntomas del asma²⁵.

2.2.3. Riesgos derivados del uso de los EPI

En las profesiones sanitarias y otras, como limpieza, tratamiento de residuos, etc., también deben enfrentarse a los riesgos derivados del uso de los EPI. En principio, el EPI está destinado a utilizarse durante períodos cortos de tiempo en los que la exposición al peligro no puede evitarse ni controlarse de otro modo.

Es una evidencia²⁶ que muchos de los equipos y de la ropa de trabajo han sido diseñados para el *hombre medio*, lo que origina problemas a muchas mujeres, también a los hombres que no corresponden a dicho estándar.

En el contexto de la Covid-19, la carga de trabajo pesado, los flujos de pacientes y la escasez de EPI pueden requerir que el personal sanitario haga uso de estas medidas de protección durante largos períodos de tiempo. Las investigaciones sugieren que el uso prolongado de guantes y la higiene frecuente de las manos pueden causar o agravar el eccema de manos existente²⁷; además, los agentes y polvos esterilizantes presentes en guantes protectores de látex utilizados en el sector sanitario afectan más a las mujeres en lo que se refiere al desarrollo de alergias²⁸. Asimismo, existe evidencia de que el uso prolongado de EPI para protección respiratoria y ocular (máscaras, respiradores y gafas) también puede causar daño cutáneo: picazón, erupción cutánea, acné, lesión por presión, dermatitis de contacto, urticaria y agravamiento de enfermedades cutáneas preexistentes²⁹. El uso prolongado de EPI para cuerpo completo (batas, máscaras, cubrecabezas, cubiertas) atrapa el calor y el sudor, limita el enfriamiento evaporativo del cuerpo y puede conducir a estrés por calor (erupción cutánea por calor,

²⁵ O. DUMAS ET AL., *Association of Occupational Exposure to Disinfectants With Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among US Female Nurses*, en jamanetwork.com, 18 octubre 2019.

²⁶ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, *op. cit.*

²⁷ M.A. MACGIBENY, C. WASSEF, *Preventing adverse cutaneous reactions from amplified hygiene practices during the COVID-19 pandemic: how dermatologists can help through anticipatory guidance*, en link.springer.com, 9 mayo 2020.

²⁸ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, *op. cit.*

²⁹ A. GEFEN, K. OUSEY, *Update to device-related pressure ulcers: SECURE prevention. COVID-19, face masks and skin damage*, en *Journal of Wound Care*, 2020, vol. 29, n. 5.

calambres musculares, desmayos, agotamiento, descomposición del músculo esquelético y golpe de calor)³⁰.

2.2.4. Riesgos psicosociales

Con ocasión de la pandemia, las personas trabajadoras pueden verse afectadas por los riesgos psicosociales derivados de la incertidumbre presente y futura de la situación laboral, o de los cambios en los procesos y disposiciones laborales³¹. Pero, sobre todo – y por lo que concierne más directamente a las presentes páginas –, el personal soporta determinadas condiciones y factores laborales concomitantes a la pandemia que pueden inducir o incrementar el estrés: la falta de EPI o la incomodidad o inconvenientes de su uso; la tensión entre los protocolos de seguridad establecidos para evitar el contagio (aislamiento, aplicación de políticas de “no tocar”, cautelas higiénicas) y los hábitos sociales y culturales; la dificultad para mantener actividades de autocuidado, como el ejercicio, los buenos hábitos alimentarios y las horas necesarias de descanso; la falta de apoyo social... Por su parte, quienes trabajan en actividades de respuesta a la emergencia pueden enfrentarse a mayores niveles de estrés como resultado de las estrictas medidas y procedimientos de prevención del contagio, del aumento drástico de su carga de trabajo (tanto física como *mental*) y el agravante de una probable reducción de personal (por bajas derivadas de contagios o cuarentenas), con turnos más largos y continuados.

Además de los estresores antes mencionados, y por lo que se refiere, en concreto a la salud mental y el bienestar en las profesiones sanitarias, existe un riesgo adicional, relacionado con el trato con los pacientes afectados, los impedimentos percibidos para hacer su trabajo, el apoyo organizativo insuficiente, la redistribución forzada a trabajos con mayores niveles de riesgo, la falta de confianza en las medidas de protección y el trabajo en condiciones de contacto estrecho y continuado con pacientes (enfermería y auxiliares de enfermería). Estos riesgos hacen que el trabajo sanitario haga a quienes lo desempeñan más vulnerables a condiciones comunes de salud mental, como la ansiedad, la depresión o el insomnio³².

En los contextos descritos, por lo que hace a la exposición al estrés laboral y a los estresores, ambos sexos registran tasas elevadas; sin embargo, entre

³⁰ B. JACKLITSCH ET AL., *Criteria for a Recommended Standard. Occupational Exposure to Heat and Hot Environments. Revised Criteria 2016*, DHHS (NIOSH) Publication, 2016, n. 106.

³¹ Cfr. OIT, *Frente a la pandemia: Garantizar la Seguridad y Salud en el Trabajo*, 2020, pp. 20-21.

³² Vid. ILO, WHO, *op. cit.*, p. 9.

los factores de estrés que afectan de modo particular a las mujeres se incluyen el acoso sexual³³, la discriminación, los trabajos mal considerados con poco control de la situación³⁴, el trabajo con gran exigencia emocional (como sucede en las ocupaciones sanitarias y sociosanitarias), y la doble carga del trabajo remunerado y el no remunerado en el hogar³⁵.

Por lo que hace a la violencia y el acoso, la experiencia demuestra que una y otro pueden aumentar con motivo de la pandemia: en trabajos con mayor contacto con el público (sanidad, comercio), las mujeres están mucho más expuestas cuantitativamente que los hombres, debido a la segregación ocupacional³⁶.

Los incidentes de violencia y hostigamiento contra quienes trabajan en profesiones sanitarias han aumentado durante la pandemia de Covid-19³⁷. Además, y debido a su proximidad a personas potencialmente infectadas, el personal sanitario también puede ser visto como una amenaza de infección dentro de la comunidad y por lo tanto enfrentan estigma y discriminación³⁸. De otro lado, las medidas restrictivas contra la movilidad de la ciudadanía, la obligatoriedad de respeto a las normas higiénicas, la escasez de artículos necesarios, etc., pueden provocar una reacción violenta contra el personal asignado a la aplicación de estas medidas (es decir, agentes de policía, personal de seguridad privada) o el personal que participa en la venta de bienes esenciales, mayoritariamente, mujeres (dependientas, cajeras, etc.).

³³ Así se pone de manifiesto en INSSST, *NTP 507: Acoso sexual en el trabajo*, 2000.

³⁴ En este sentido, INSSST, *NTP 603. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*, 2003: «hay una distribución (ocupacional) desigual por géneros. Los hombres disponen con más frecuencia que las mujeres de un alto grado de control sobre su proceso de trabajo al nivel de las tareas. Además, en las mujeres se da una correlación negativa entre el margen de toma de decisiones y las demandas: las mujeres con escaso control tienen también más exigencias. Por el contrario, los trabajos con mayores demandas para los hombres se acompañan, generalmente, de mayor control. Esto significa que hay mayor proporción de mujeres ocupando puestos de alta tensión». Son puestos de “alta tensión” los sujetos al ritmo de máquinas, en hostelería, trabajo del textil, telefonistas, trabajos de oficina con tareas automatizadas, entre otros.

³⁵ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, *op. cit.*

³⁶ *Idem.*

³⁷ *Vid.* ILO, WHO, *op. cit.*, p. 8.

³⁸ WHO, *Attacks on health care in the context of COVID-19*, en www.who.int, 30 julio 2020.

3. Respuesta a la pandemia desde la prevención de riesgos laborales: ¿políticas y medidas de salud laboral con perspectiva de género?

En España, con ocasión de la declaración del primer estado de alarma en marzo de 2020, la necesaria contención de los contagios determinó un confinamiento general de la población y, posteriormente, una amplia limitación de la movilidad, lo que exigió, en su momento, la adopción de medidas normativas de salud pública. La acción normativa se fundamentó en la suspensión de la apertura al público de los locales donde se desarrollaba un amplio abanico de actividades productivas, en ocasiones, incluso, la suspensión de la actividad misma (art. 10 y Anexo I del RD 463/2020, de 14 de marzo, ampliado por el apartado 2 del artículo único, RD 465/2020, de 17 de marzo, y por las OO SND/257/2020 y 340/2020). Asimismo, y en atención a la posterior flexibilización de las medidas de contención a lo largo de las diferentes fases de “desescalada”, la respuesta normativa descansó en la *preferencia* del trabajo a distancia, en aquellas actividades en que tal modo de organización resultara posible (*ex art.* 5, RD-Ley 8/2020, de 17 de marzo). En tal contexto, la protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras frente al contagio de SARS-CoV-2 quedaba inscrita en las medidas apuntadas, y en otras de carácter general – o específico – relativas a la higiene respiratoria, control de aforos, distancia social, etc. Posteriormente, próximas tanto la conclusión del estado de alarma como la entrada en vigor de la situación de “nueva normalidad”, el RD-Ley 21/2020, de 9 de junio, establecería, en su Capítulo II – intitulado *Medidas de prevención e higiene* –, normas (formuladas de modo *muy genérico*) relativas a las condiciones que debían reunir los centros de trabajo – en general – de cara a evitar contagios del SARS-CoV-2 (art. 7); tales condiciones pasaban por *potenciar* el uso del teletrabajo y, por lo que se refiere al trabajo presencial, la adopción de medidas higiénicas análogas a las establecidas para la población en general (ventilación, uso de mascarillas, distancia interpersonal, control de aforos, uso de sustancias desinfectantes, etc.). Con carácter específico, y por lo que se refiere a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, se establecía la obligación de la administración sanitaria competente de garantizar la adopción de «las medidas organizativas, de prevención e higiene para asegurar el bienestar de los trabajadores y los pacientes. Asimismo, garantizará la disponibilidad de los materiales de protección necesarios en las ubicaciones pertinentes, la limpieza y desinfección de las áreas utilizadas y la eliminación de residuos, así como el mantenimiento adecuado de los equipos e instalaciones» (art. 8). El impacto de la declaración del segundo estado de alarma (RD

926/2020, de 25 de octubre) y su prórroga hasta el 9 de mayo de 2021 (*ex* RD-Ley 956/2020, de 3 de noviembre), aún intenso sobre parte del sector servicios – en particular, la hostelería y restauración – no ha causado un impacto tan severo sobre la actividad económica en general, por lo que las mismas medidas, ya señaladas, adoptadas por el RD-Ley 21/2020 para la protección de las personas trabajadoras en la “nueva normalidad” del año 2020 han sido “revividas” (*ad pedem literae*) por la Ley 2/2020, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19. El marco normativo aplicable a la protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras con ocasión de la pandemia de Covid-19 se completa, finalmente, con la ya referida modificación del RD 664/1997 en diciembre de 2020, incluyendo en el Anexo II, Grupo 3 de agentes biológicos, al SARS-CoV-2.

Qué duda cabe de que la reacción a la pandemia por parte de los poderes públicos (en particular, el Gobierno de España), en especial desde la declaración del estado de alarma – marzo de 2020 – hasta su finalización – el 20 de junio del mismo año – exigía una urgencia y una agilidad en las decisiones – políticas y normativas – que desafiaba cualquier experiencia previa, por darse en un contexto de crisis sanitaria sin precedentes, por su gravedad y su extensión – actual, y potencial –, así como en las consecuencias de todo orden que, además de la tragedia sanitaria, se cernían sobre la esfera socioeconómica. La respuesta en ese momento debía atender, obviamente, a la contención sanitaria de la pandemia y de sus repercusiones económicas, de empleo y sociales. Sin embargo, y en mi opinión, tanto la denominada “nueva normalidad” – posterior e intermitente –, la declaración de un nuevo estado de alarma (próximo, ya, a su conclusión) y las incertidumbres relativas a los posibles escenarios de la pandemia en el futuro a corto y medio plazo, exigían – entonces – y exigen – ahora – no pocas reflexiones de orden social, relativas a la salvaguarda de los derechos fundamentales ante la repercusión de la crisis en diferentes ámbitos de la vida de las personas.

Una de tales reflexiones debía ser, por fuerza, el impacto – en sentido amplio – de la pandemia sobre las mujeres, especialmente, sobre las mujeres trabajadoras y su salud y seguridad y, muy particularmente, en las trabajadoras de ocupaciones sanitarias y sociosanitarias en tanto – como se vio en páginas anteriores – la exposición al SARS-CoV-2 se ha convertido en riesgo laboral cualificado para buena parte de ellas, abrumadora mayoría de la fuerza de trabajo en muchas actividades de primera línea de respuesta a la pandemia y, para otras muchas, ha pasado a intensificar – en frecuencia o gravedad – la exposición a algunos riesgos ya presentes en sus trabajos, o

a crear otros nuevos.

En tal contexto, era y es necesario incorporar la perspectiva de género a las medidas a adoptar en el ámbito laboral, en atención al impacto de la Covid-19 en las condiciones de seguridad y salud laborales.

En este punto, y en el marco establecido por las normas antedichas, se han desarrollado, además, numerosas actuaciones, tanto ministeriales como de algunos órganos técnicos de la Administración (disposiciones, medidas, procedimientos, criterios técnicos, guías de buenas prácticas y recomendaciones... con diverso grado de fuerza obligatoria, alcance objetivo, extensión subjetiva y propósito, de sanidad pública y, por ende, con afectación a la esfera de la salud laboral o abiertamente relativas a la prevención de riesgos laborales) con impacto, directo o indirecto, en las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. En este sentido, pueden contabilizarse hasta un total de 64 documentos de los Ministerios de Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030³⁹ atinentes a la adopción de medidas contra la Covid-19 con impacto en el ámbito laboral (muy especialmente, el *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*, pero, también, otras, dirigidas a la actuación en los ámbitos sanitario, agrícola, industria cárnica, educación, servicios sociales, gestión de residuos, limpieza viaria, transporte público, instituciones penitenciarias, etc.) y, por ende, para el personal en ellos empleado. Asimismo, hasta 35 documentos elaborados por el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el INSSST, abiertamente proyectados sobre el impacto de la pandemia en las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, en general, relativos a riesgos concretos (la propia exposición al SARS-CoV-2, riesgos psicosociales, ergonómicos, uso de EPI) o relativos a la prevención de la exposición al virus en diferentes sectores de actividad.

Resulta pertinente – y necesario, al propósito del presente estudio – llevar a cabo un análisis crítico sobre la integración – o no – de la perspectiva de sexo y de género en tal batería de actuaciones (normativas y técnicas), tanto por la ya acostumbrada ausencia de atención a los diferenciales de sexo y de género en la normativa preventiva reglamentaria (desarrollo reglamentario *ex art. 6 LPRL*, a salvo del ya significado RD 487/1997, relativo a la manipulación manual de cargas), cuanto por el indiscutible impacto de género que la pandemia ha tenido sobre las mujeres trabajadoras.

Para llevar a cabo dicho análisis, se ha atendido a los criterios establecidos por la UE, cuya aplicación va dirigida a todos los Estados miembros, sin perjuicio de su carácter orientativo (y, por ende, en absoluto, excluyente de otros que puedan servir al mismo propósito). Tales criterios se hallan

³⁹ Todos accesibles en la página web [Documentos técnicos para profesionales](#).

recogidos en un documento elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo⁴⁰, en particular en sus Anexos 3 (*A model for making risk assessment more gender-sensitive*) y 5 (*Selected findings, conclusions and recommendations on gender issues in safety and health at work from previous EU-OSHA reports*). El declarado propósito del documento – verdadera herramienta – es exponer «cómo puede integrarse la perspectiva de género en seguridad y salud laborales a todos los niveles: políticas y estrategias, investigación y prácticas en el lugar de trabajo».

Según se explica, la integración de la perspectiva de sexo y de género consiste en *la consideración sistemática de las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres en políticas y acciones* y, entre ellas, en las relativas a la seguridad y la salud laborales. Esto se lleva a cabo a través de la integración o integración del enfoque diferencial *a todos los niveles: políticas y estrategias* (en el nivel público), investigación (asimismo, en el nivel público y/o con alianzas en el privado) y *prácticas en el lugar de trabajo* (en el nivel privado, sectorial o de las empresas individuales)⁴¹; y, dentro de dicho concreto ámbito, debe abarcar el *diseño*, la *implementación*, la *supervisión* y la *evaluación* de las medidas adoptadas⁴².

En su Anexo 3, el informe incluye *un modelo para hacer que la evaluación de riesgos sea más sensible al género*⁴³, el cual se constituye en referencia para evaluar la integración de la perspectiva de sexo y de género en las políticas y acciones en materia de seguridad y salud en el trabajo *de y en* la UE.

Entre otras evidencias y hallazgos, que deben orientar la integración de la perspectiva de género en la seguridad y salud en el trabajo, la Agencia Europea señala⁴⁴ (conforme a sus informes previos, de 2013 y 2014) que, con demasiada frecuencia, se banalizan los riesgos laborales a que las mujeres están expuestas y que el reconocimiento de las enfermedades profesionales sigue el patrón – sesgado – de las correspondientes a los empleos masculinos en el sector industrial.

En base a la realidad expuesta, la AESST considera que la inclusión de la perspectiva de sexo y de género en las políticas, estrategias, acciones, procedimientos, medidas, etc. en materia de seguridad y salud laborales, pasan, *prioritariamente*, por la incorporación de las variables sexo y género en la *evaluación de riesgos*, en tanto piedra angular sobre la que descansa toda la actividad de prevención de los riesgos laborales, sea cual sea la índole y

⁴⁰ EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK'S TOPIC CENTRE OSH, [Mainstreaming gender into occupational safety and health practice](#), 2014.

⁴¹ *Ibidem*, p. 13.

⁴² *Idem*.

⁴³ *Ibidem*, Anexo 3, pp. 239-240.

⁴⁴ *Ibidem*, Anexo 5.

naturaleza de éstos. En este sentido, señala que *la evaluación del riesgo debe tener en cuenta cuestiones de género, diferencias y desigualdades; así, el trabajo, su organización y el equipo utilizado debe estar diseñado para que coincida con las personas, y no al revés. Este principio* (el de adaptación del trabajo a la persona) *está consagrado en normativa de la UE: art. 6.2.d de la Directiva Marco 89/391/CEE (y, debe añadirse, también en la española: art. 15.1.d de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).*

La normativa exige a los empleadores una gestión preventiva basada en la *evaluación del riesgo*, que no debe considerarse un acto, sino un *proceso*, en el que cabe distinguir cinco pasos⁴⁵: *identificación* de los riesgos, *evaluación* de los mismos, *diseño e implementación de medidas de prevención y protección, seguimiento y control* de la eficacia y *revisión*.

Como indica la AESST, este proceso ha de hacerse *más sensible al género*. En tanto existen diferencias biológicas (de sexo) y de género en una amplia variedad de cuestiones relacionadas con las circunstancias laborales, se hace necesario un *enfoque holístico* para la prevención de riesgos laborales. Y señala como “cuestiones clave” para evaluar los riesgos desde la perspectiva de género las siguientes: como principio general, el *compromiso positivo y determinado* de tener en cuenta las cuestiones de género en la prevención de riesgos laborales, *atendiendo a la situación real del trabajo de las mujeres, involucrando a todo el personal*, mujeres y hombres, en todas las etapas de la evaluación de riesgos y evitando *prejuicios sobre cuáles son los peligros y quién está en riesgo*.

Así, y en el Paso 1 (identificación del riesgo), se debe *incluir el sexo y el género, considerando tanto los peligros prevalentes en los trabajos masculinizados como en los feminizados* en la identificación de los riesgos para la salud, así como en los riesgos para la seguridad (se debe: preguntar, tanto a las trabajadoras como a los trabajadores sobre los problemas que perciben en su trabajo; evitar prejuicios sobre la consideración de lo “trivial” o banal; tener en cuenta a toda la fuerza de trabajo (personal de limpieza, recepción, empleados y empleadas a tiempo parcial, temporales o cedidos por ETT, así como a quienes están de baja por enfermedad en el momento de la evaluación); alentar a las mujeres a denunciar cuestiones que piensan que puede afectar su seguridad y salud en el trabajo, así como problemas de salud que pueden estar relacionados con el trabajo; tomar una perspectiva más amplia sobre el trabajo y su relación con los problemas de salud).

Por lo que hace al Paso 2 (evaluación de riesgos), debe *incluirse la perspectiva*

⁴⁵ En la normativa española, tales cinco pasos se atisban en el art. 16, apartados 2 y 3, de la Ley de Prevención, y quedan bien definidos en los arts. 3, 4, 5 y 6 (y, como complemento, corolario y fijación de todo el proceso, el art. 7) del RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

de género atendiendo a las *tareas efectivamente desarrolladas* y al contexto del trabajo real, evitando suposiciones sobre la exposición basadas exclusivamente en la mera descripción o la denominación del trabajo; asimismo, se debe evitar el sesgo de género al calificar la gravedad de los riesgos, involucrar a las trabajadoras en riesgo. Se debe, además, asegurar que quienes realizan las evaluaciones acreditan *capacitación sobre cuestiones de género en materia de seguridad y salud laboral*, que los instrumentos y herramientas utilizados en la evaluación *incluyen cuestiones relevantes para trabajadores masculinos y femeninos* e informar a quienes desarrollen una evaluación externa (*auditoría*) de que deben adoptar un *enfoque sensible al género*, y asegurarse de que son capaces de hacerlo.

El Paso 3 (diseño y aplicación de medidas de prevención y protección) debe tener en cuenta que la perspectiva de género debe incluirse, entre otras finalidades, para eliminar los riesgos *en su origen*, proporcionar un lugar de trabajo seguro y saludable *para todos los trabajadores* (esto incluye riesgos para la salud reproductiva), y prestar atención a los diversos colectivos laborales, *adaptando el trabajo y las medidas preventivas al personal* (por ejemplo, por lo que hace a la selección de los EPI). Para ello, es necesario *involucrar a trabajadoras en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas preventivas* y *asegurarse de que las mujeres trabajadoras, así como los hombres, reciben información y formación relevante* en materia preventiva respecto de los trabajos que desarrollan y de conforme a los efectos de las condiciones de los mismos en su salud.

Finalmente, y en lo atinente a los Pasos 4 y 5 (seguimiento y control de la eficacia del modelo preventivo y eventual revisión), para integrar la perspectiva de género es necesario asegurarse de *que las trabajadoras participen en el seguimiento y revisión* de los procesos y *estar al tanto de la nueva información* sobre problemas de salud ocupacional relacionados con el *sexo* y con el *género*. La vigilancia de la salud es, asimismo, un instrumento de verificación y control de la eficacia del sistema preventivo; para tener en cuenta la perspectiva de género, procede incluir los *exámenes de salud que resulten pertinentes para los trabajos desempeñados por hombres y los desempeñados por las mujeres* y *evitar las suposiciones reduccionistas o simplistas*, basadas, por ejemplo, en la denominación del trabajo, sobre a quién incluir en la vigilancia sanitaria.

Los registros de accidentes son una parte importante tanto para la evaluación como para el seguimiento del riesgo. En este punto resulta preciso fomentar *el registro de los problemas de salud reportados, así como de los accidentes acaecidos*.

Además de las medidas anteriores, a implementar en el ámbito de la *evaluación de los riesgos*, se expone una serie de *Medidas generales para promover la perspectiva de género en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo*, entre las que cabe destacar la formación e información relevantes en materia de perspectiva de sexo y de género en seguridad y salud laboral, no sólo para

el personal técnico de prevención, sino para el personal directivo, mandos intermedios y subalternos, representantes del personal, miembros del Comité de Seguridad y Salud, etc.; también, vincular la seguridad y la salud en el trabajo a la política y acciones en materia de igualdad en el lugar de trabajo, incluidos, por supuesto, los planes de igualdad; finalmente, fomentar la participación de las mujeres en los Comités de Seguridad y Salud (por ejemplo, con reuniones en horarios no incompatibles con la conciliación).

Tales medidas generales deben ser complementadas, como se desprende del propio informe de la AESST, con diversas *recomendaciones seleccionadas de informes anteriores* (2003, 2013 y 2014)⁴⁶; entre otras: incluir el sexo en la recopilación de datos estadísticos, garantizar el equilibrio de sexos en los programas de investigación, evaluar el impacto de género de las políticas laborales y de los cambios en el mundo del trabajo, considerar la doble jornada de trabajo y promover políticas de equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, prestar atención a la evaluación del riesgo de exposición a sustancias peligrosas por las mujeres, considerar las exposiciones a riesgos combinados, típicas de los trabajos femeninos, desagregar por causas los datos de accidentes de trabajo (información a menudo no disponible para los principales sectores feminizados, por ejemplo, en el sector sanitario, las lesiones por agujas e instrumental quirúrgico, y otras); finalmente, se debe incidir en la seguridad y salud laborales en los trabajos de limpieza y atención domiciliaria.

Examinadas – en base a los criterios descritos – las normas dictadas en España con trascendencia en materia de prevención de riesgos laborales, así como los procedimientos, guías, orientaciones, etc. – de propósito igualmente preventivo – elaborados en el contexto de la Covid-19, tanto por la Administración sanitaria, como las de servicios sociales y trabajo, y documentadas según se explicó en páginas anteriores⁴⁷, debe concluirse como sigue.

1) No existe referencia alguna a riesgos laborales propios o prevalentes en ninguno de los sexos, ni a consideraciones de género (feminización, segregación, doble jornada, solapamiento de actividades⁴⁸, conciliación,

⁴⁶ EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK'S TOPIC CENTRE OSH, *op. cit.*, Anexo 5.

⁴⁷ *Vid. supra*, nota 39.

⁴⁸ Sólo se ha encontrado una referencia, formulada de manera neutra, pero con indiscutible impacto sobre el trabajo femenino en MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Orientaciones ergonómicas para trabajos a distancia con ordenador debido al Covid-19. Recomendaciones para el empresario*, 2020, § 5, p. 10: «En esta situación puede ser difícil separar los momentos de trabajo de los personales o familiares. No obstante, *es un aspecto necesario*

etc.) determinantes de riesgos específicos o susceptibles de agravar los generales.

2) Respecto de la *evaluación* de riesgos no se encuentra referencia alguna a riesgos específicos o prevalentes en hombres o en mujeres (por lo que hace al sector sanitario, y en relación a las condiciones ergonómicas – carga física de trabajo, manejo de pacientes – y los TME, hay un absoluto silencio); tampoco se alude a la necesidad de aplicar, en general, criterios diferenciales de exposición, por razón de sexo ni de género. Tal ausencia se observa tanto en las disposiciones relativas a la *identificación* de los riesgos (inexistentes son las previsiones relativas al acoso, o la violencia, y nulas las exigencias de competencia o mera información en materia de género de quienes realicen las evaluaciones, o la referencia a una especial atención a las implicaciones preventivas de género en los supuestos de modificación o cambio en el lugar o las condiciones de trabajo; salvo un supuesto singular al que posteriormente se hará referencia, tampoco hay previsión expresa alguna en torno a la participación *de las mujeres* en la identificación de los riesgos), como en las fases de *evaluación* propiamente dicha (sin mención del necesario análisis de las tareas *efectivamente desarrolladas*, ni a la evitación de sesgos de género en la calificación de la gravedad de los riesgos). Por lo que hace a la salud reproductiva, sólo en un caso se ha encontrado referencia al riesgo sobre ella, y – como se verá en las siguientes páginas – en relación únicamente al embarazo, con el objeto exclusivo de calificar el nivel de exposición de las trabajadoras al SARS-CoV-2 en función de la actividad; y ello, a pesar de que es conocido, por ejemplo, de que los compuestos amonio cuaternarios (biocidas, algunos de los cuales han sido objeto de autorización *excepcional*)⁴⁹ provocan, entre otros efectos adversos, anomalías en la ovulación⁵⁰. En lo tocante al estrés, brillan por su ausencia – en general – previsiones sobre las dobles jornadas o los estresores emocionales.

3) Ausente se encuentra, asimismo, la perspectiva de sexo y de género en la *aplicación de medidas* de prevención y protección (en este punto, es de destacar la escasa referencia a las medidas de protección y prevención colectivas, y el laconismo con que se aborda el uso de los EPI – mascarillas, guantes, ropa de seguridad – sin referencia alguna a su necesaria adecuación

cuando el espacio físico es el mismo (compartido) en ambos casos».

⁴⁹ *Vid.* MINISTERIO DE SANIDAD, [Nota informativa sobre la autorización de proveedores de determinadas sustancias activas](#), 2020.

⁵⁰ O. DUMAS ET AL., *op. cit.*

anatómica⁵¹ y, en algún caso, sin detallar siquiera en qué deben consistir⁵²). Por lo que hace al fomento de la participación *de las trabajadoras* en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas preventivas, las referencias son nulas y en documentos técnicos (donde, además, sólo se dan escasas referencias genéricas a la conveniencia de reuniones con el personal y la consideración de sus propuestas⁵³, sin preverse – tampoco – que esté

⁵¹ *Vid., ad ex.*, MINISTERIO DE SANIDAD, [Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID 19](#), Documento técnico, 18 junio 2020, pp. 9-11, ambas inclusive. Tampoco, con alcance general en el resto de actividades, no sanitarias: *cfr.* MINISTERIO DE SANIDAD, *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19*, 10 junio 2020.

⁵² Así, MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, AGENDA 2030, [Documento técnico de recomendaciones de actuación de los servicios sociales ante la crisis por COVID-19, en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables](#), 27 marzo 2020, en particular, § 3.4: «En la medida de lo posible, se suministrará a los profesionales que atiendan los servicios y actuaciones recogidas en este documento, con *equipos de protección individual adecuados* para llevar a cabo su trabajo con seguridad. Así mismo, recibirán *una formación básica* para poder desarrollar su labor con seguridad y con un conocimiento real de los riesgos y de las medidas para evitarlos». Igualmente, MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, AGENDA 2030, *Documento técnico de recomendaciones de actuación desde el sistema público de protección a la infancia y a la adolescencia ante la crisis por COVID-19 (Incluye las recomendaciones para el sistema de atención a menores en conflicto con la ley o Justicia Juvenil)*, 31 marzo 2020, p. 6: «4. Autocuidado: Prevención y autoprotección de todo el personal en función del riesgo de exposición asumido, de forma que se asegure la operatividad de los recursos humanos, servicios y dispositivos de toda índole. Se debe afrontar la utilización de los de equipos de protección con sensatez y atendiendo a las instrucciones desde sanidad».

⁵³ *Vid., ad ex.*, MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en el sector de servicios sociales. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 12 mayo 2020, p. 5; MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en el transporte, reparto y carga/descarga de mercancías. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020; MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en el sector de estaciones de servicio. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 29 julio 2020, p. 4; MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en actividades de gestión y administración. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020, p. 6; MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en las actividades de restauración. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 14 septiembre 2020, p. 6. Elocuentes, en este sentido, las consideraciones de MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, [Trabajar en tiempos de COVID-19. Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios](#), 2020, § 4.4, p. 29: «Establecer procedimientos y canales específicos para la comunicación interna [...] Crear una cultura de comunicación y transparencia que dé lugar a un clima favorable y abierto a la manifestación de opiniones y propuestas de mejora [...] Tener en cuenta la opinión del personal y promover su participación efectiva». Paradójicamente, tal medida no está, siquiera, prevista para el comercio de alimentación (sector feminizado); *cfr.* MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSSST, *Directrices de buenas prácticas en el comercio de alimentación, bebidas y productos de primera necesidad. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020.

representada toda la fuerza de trabajo – personal de limpieza, recepción, empleados y empleadas a tiempo parcial, temporales o cedidos por ETT, así como a quienes están de baja por enfermedad en el momento de la evaluación – ni los criterios para ello recogen, siquiera, expresamente el sexo, sí, otros, como los segmentos de edad, que los distintos turnos estén representados, etc.).

4) Tampoco se encuentra vestigio alguno relativo a la inclusión de la perspectiva de sexo y de género en el *seguimiento y control de la eficacia* de la estrategia preventiva, ni en su eventual *revisión*.

5) Mención aparte de lo antedicho merece el *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*⁵⁴ que, aún sin recoger expresamente ninguna de las indicaciones clave de integración de la perspectiva de sexo y de género en la seguridad y salud laborales, sí contiene algunas previsiones que, aunque configuradas de modo y con propósito meramente neutro, podrían alcanzar – si bien sólo indirectamente, merced al carácter *transversal* de la disposición –, un efecto de “palanca de género”, especialmente en los sectores y actividades feminizados, en ciertos aspectos a los que de inmediato se aludirá.

En primer término, y por lo que hace a la no banalización de los riesgos en ciertos trabajos – habitualmente, feminizados – se hace expresa mención a que, en la evaluación de riesgos, «se prestará especial atención a la protección del personal trabajador que realice las *tareas de limpieza*»⁵⁵; asimismo, y también en la actividad de evaluación, se establece que «se consultará a los trabajadores y se considerarán sus propuestas»⁵⁶.

Si bien los *escenarios de exposición* al riesgo de contagio del SARS-CoV-2, son

⁵⁴ Vid. MINISTERIO DE SANIDAD, *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*, 15 febrero 2021 (última actualización).

⁵⁵ *Ibidem*, p. 8.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 9. Igualmente, y por lo que se refiere al trabajo a distancia, *vid.* MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, [Prevención de riesgos psicosociales en situación de trabajo a distancia debida al Covid-19. Recomendaciones para el empleador](#), 2020: «Establece un canal específico para que los trabajadores te informen de la existencia de algún riesgo o situación especial que les afecte durante estas circunstancias». El impacto de este fomento de la participación del personal – siquiera formulado en modo neutro – en los sectores feminizados proporciona información adicional a los procesos de evaluación de riesgos, incrementando su adecuación y eficacia; así se desprende de los hallazgos puestos de manifiesto respecto de la exposición a riesgos psicosociales por el personal ocupado en el sector sanitario (habiendo participado, mayoritariamente, mujeres, de profesiones sanitarias, pero también ocupadas en otras actividades, por ej., *limpiadoras*) en MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, [Trabajar en tiempos de COVID-19. Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios](#), cit., § 3, p. 9, nota 4: «Este apartado ha sido elaborado a partir de las conclusiones de la revisión bibliográfica y de las entrevistas realizadas durante la fase de investigación».

definidos (*exposición de riesgo, exposición de bajo riesgo y baja probabilidad de exposición*) refiriéndolos de manera nominalista y poco detallada a las actividades desarrolladas, no es menos cierto que el apartado concluye con un mandato claro «la evaluación *específica* del riesgo de exposición determinará las medidas preventivas a adoptar en *cada situación concreta*», con lo que ha de entender presente el criterio de atención a las actividades efectiva o realmente desarrolladas.

Cabe resaltar, también, el siquiera tácito reconocimiento de la dificultad de ajustar los EPI a las características anatómicas de las mujeres (se hace hincapié en que «los EPI deben escogerse de tal manera que se garantice la máxima protección con la mínima molestia para el usuario y para ello *es crítico escoger la talla, diseño o tamaño que se adapte adecuadamente al mismo*»)⁵⁷.

Finalmente, sí puede encontrarse una explícita consideración diferencial de sexo – eso sí, acorde con la tradición preventiva más clásica – en el supuesto del riesgo de exposición de las *trabajadoras embarazadas* al SARS-CoV-2⁵⁸, merced a su consideración como *grupo vulnerable* y la gestión de dicha vulnerabilidad mediante su calificación, si procede, de *trabajadoras especialmente sensibles*; tal especial sensibilidad se hace depender de la *evaluación* del riesgo, en la que, además de la vulnerabilidad derivada de la situación de embarazo, se «tendrá en cuenta la existencia o inexistencia de unas condiciones que permitan realizar el trabajo sin elevar el riesgo propio de la condición de salud de la persona trabajadora» (condiciones que dependerán del *nivel de riesgo* asignado a las funciones desarrolladas por la trabajadora y que, en los supuestos de los *niveles de riesgo 2, 3 y 4* – con entrada en zonas Covid, o intervención directa con casos sospechosos o confirmados, en el caso del personal sanitario o sociosanitario, o con *posibilidad* o certeza de contacto con personas sintomáticas o asistencia o intervención directa sobre ellas, en el caso de trabajadoras no sanitarias ni sociosanitarias – conllevará la adopción de medidas preventivas y protectoras que irán, desde la continuidad de la actividad laboral sin acceso a zonas Covid, en el caso de trabajadoras sanitarias o sociosanitarias – o sin contacto con personas sintomáticas, en otro caso –, hasta el cambio de puesto de trabajo. Si una u otra medida resultaran imposibles, se declarará a la trabajadora en situación de *suspensión por riesgo durante el embarazo*).

⁵⁷ *Ibidem*, Anexo II.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 11 y Anexos III y IV.

4. La protección de seguridad social en los supuestos de infección por SARS-CoV-2 de origen profesional: acción reparadora improvisada con fuerte impacto de género

El impacto de la pandemia en materia de salud laboral ha conducido a decisiones políticas y normativas *de índole reparadora* de carácter declaradamente *excepcional* que, por su accidentado tránsito normativo más, sobre todo, por su improvisación y extravagante caracterización presentan – no obstante su formulación formalmente neutra –, también, un severo impacto de género que, en mi opinión, debió haber sido previsto en el momento de su diseño, habida cuenta del perfil abrumadoramente femenino del colectivo protegido.

Y es que, si bien, tal posible sesgo ya resultaba susceptible de ser advertido con ocasión de las primeras reacciones normativas, transcurrido un año resultaba, ya, insoslayable – por estadísticamente obvio – y sobre todo, evitable. Veamos.

El art. 5.1 del RD-Ley 6/2020, de 10 de marzo, introducía la consideración excepcional como *situación asimilada a accidente de trabajo* de los periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el SARS-CoV-2, si bien tal asimilación sólo afecta como accidente de trabajo a la prestación económica por incapacidad temporal. Se trataba, como la propia norma reconocería, de dar una respuesta pronta «según han comenzado a aparecer los primeros casos en nuestro país»; así, «se hace necesario adoptar una serie de medidas que *no pueden demorarse* para garantizar la protección social de los trabajadores que causen baja por aislamiento y enfermedad».

Poco después, el RD-Ley 13/2020, de 7 de abril, modificaría aquel precepto, añadiendo «salvo que se pruebe que el contagio de la enfermedad se ha contraído *con causa exclusiva en la realización del trabajo* en los términos que señala el artículo 156 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [...], en cuyo caso será *calificada como accidente de trabajo*». Tal consideración resultaba ya, necesaria, habida cuenta del impacto de la infección sobre la población y por la mayor exposición a la que, en general, iban a quedar sometidas las personas trabajadoras de los servicios y actividades esenciales; además, resultaba coherente con el marco normativo a la sazón vigente y con las posibilidades de calificación de la contingencia, a efectos de su protección por el sistema de la Seguridad Social.

Por su parte, el RD-Ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y seguridad social y tributarias para paliar los efectos de la Covid-19 (art. 9.1) introduciría una previsión expresa y específicamente dirigida al

personal que prestara servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios inscritos en los registros correspondientes: las prestaciones de Seguridad Social causadas por dicho personal, en el ejercicio de su profesión, cuando hayan contraído el SARS-CoV-2 durante cualquiera de las fases de la epidemia, por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, «cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral», se considerarán *derivadas de accidente de trabajo*, «al entender cumplidos los requisitos exigidos en el artículo 156.2.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social». Si bien guarda silencio el Preámbulo de la norma, la introducción de esta previsión resultaba imprescindible tras la constatación estadística de la extraordinaria incidencia de contagios de probable origen profesional sufridos por el personal sanitario⁵⁹ (en ese momento, las cifras relativas al personal sociosanitario aún no aparecían expresamente recogidas).

De esta manera, para que el cuadro de SARS-CoV-2 se considerara accidente de trabajo (se entendiera contraído «con motivo de la realización de su trabajo» y *probado* «que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo») debían concurrir los siguientes cuatro elementos:

- que el contagio se produjo *durante cualquiera de las fases de la epidemia* (condición temporal);
- *en el ejercicio de su profesión y en la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios* (condición modal);
- mediando *exposición a ese riesgo específico* durante la prestación de servicios (nexo causal);
- *acreditación* de todo lo anterior por los Servicios de Prevención (condición probatoria).

Inalterado el marco normativo de referencia relativo a la calificación de la contingencia, la consideración como accidente de trabajo resultaba necesaria, si bien puede advertirse cómo se flexibiliza el requisito probatorio establecido con carácter general *ex art. 5.1 del RD-Ley 6/2020* – modificado por el RD-Ley 13/2020 – pues, en el caso del personal sanitario y sociosanitario, la acreditación del carácter profesional de la infección correspondería a los Servicios de Prevención, lo que sin duda debía dar en facilitar y agilizar el procedimiento.

La consideración como accidente de trabajo para estos contagios se

⁵⁹ A 30 de abril, 28.326 casos, un 14% de los casos totales notificados en España (de ellos, 21.392 mujeres y 6.934 hombres). Un mes más tarde – 29 de mayo – el número de casos era de 40.961, un 16,5% del total notificado (31.351 mujeres y 9.606 hombres). *Cfr.* ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España](#), 30 abril 2020, p. 7. *Cfr.*, asimismo, ISCIII, CNE, RENAVE, [Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España](#), cit., p. 7.

extendía, según el apartado 2 del precepto, a los producidos «hasta el mes posterior a la finalización del estado de alarma», siendo por tanto la fecha de finalización del reconocimiento de esta contingencia el mes de julio de 2020.

La aprobación del RD-Ley 19/2020 suponía, además, un punto de inflexión en la linealidad del tratamiento normativo por cuanto, con él, se abren dos vías de diverso tratamiento normativo en función de los sujetos protegidos: la genérica, establecida por el RD-Ley 6/2020, modificado – como se ha dicho – por el RD-Ley 13/2020⁶⁰ (a la que quedan sometidos los contagios de origen profesional, *en general*) y la específica (a cuya consideración y reglas se reconducen las infecciones por el virus SARS-CoV-2 de origen profesional sufridas por los colectivos sanitario y sociosanitario).

El devenir de los acontecimientos (finalización del primer estado de alarma declarado) y la persistencia de la pandemia obligarían a adoptar medidas normativas para paliar la pérdida de vigencia del art. 9 del RD-Ley 19/2020. Con este propósito declarado⁶¹, y en el seno del RD-Ley 27/2020 (DA octava), se incluiría la “prórroga” (*sic*) del art. 9 del RD-Ley 19/2020 al período comprendido «entre el 1 de agosto de 2020 hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19». Sin embargo, tal previsión no llegaría a desplegar sus efectos por completo, en tanto el RD-Ley 27/2020 sería derogado por Acuerdo del Consejo de los Diputados de fecha 10/09/2020⁶².

Es por ello que, poco después, el RD-Ley 28/2020, en su DA cuarta, daría en reinstaurar la consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo para las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio de SARS-CoV-2 durante el estado de alarma.

Con tan azarosos antecedentes, y tras un año de pandemia, el RD-Ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico (art. 6.1) ha establecido recientemente que «El personal que preste servicios en centros sanitarios y sociosanitarios inscritos en los registros correspondientes que, *en el ejercicio de su profesión, durante la prestación*

⁶⁰ Tal régimen se mantendría, con posterioridad, en la redacción dada por los RD-Ley 27/2020, de 4 de agosto, y 28/2020, 22 de septiembre.

⁶¹ Así, el apartado VI del Preámbulo del RD-Ley 27/2020.

⁶² Resolución de 10 de septiembre de 2020, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de derogación del RD-Ley 27/2020, de medidas financieras, de carácter extraordinario y urgente, aplicables a las entidades locales (en *BOE*, 11 septiembre 2020, n. 243).

de servicios sanitarios o socio-sanitarios, haya contraído el virus SARS-CoV-2, dentro del periodo comprendido desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud hasta el levantamiento por las autoridades sanitarias de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el mencionado virus SARS-CoV-2, tendrá las mismas prestaciones que el sistema de la Seguridad Social otorga a las personas que se ven afectadas por una *enfermedad profesional*; en su apartado 2, el precepto añade: «Los servicios de prevención de riesgos laborales deberán emitir el correspondiente informe donde se haga constar que en el ejercicio de su profesión ha estado expuesto al virus SARS-CoV-2 por la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios». Finalmente, el apartado 3 viene a establecer una presunción *iuris et de iure*: «Una vez acreditado el contagio del virus en el ámbito temporal establecido en el apartado 1, y aportado el informe previsto en el apartado 2, se presumirá, en todo caso, que el contagio se ha producido en el ejercicio de su profesión en la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios».

Se produce, con ello, una sensible alteración en la consideración del contagio de SARS-CoV-2 por el personal sanitario y sociosanitario como contingencia protegida por el sistema de la seguridad Social:

- a. evita la calificación de la contingencia (que, desde septiembre 2020, había sido reafirmada como *accidente de trabajo*)⁶³. Resulta llamativo el silencio al respecto, *precisamente* en la literalidad de la nueva norma. Quizá tal omisión tenga como único propósito evitar reiteraciones innecesarias, habida cuenta de la taxatividad, en tal sentido, de la vigente DA cuarta del RD-Ley 28/2020. O, tal vez, la finalidad sea preparar una suerte de tránsito *futuro* hacia la consideración como *enfermedad profesional* que – de nuevo, quizá – principia, o no (como se examinará a continuación), con la paradójica y quirúrgica reconducción a los efectos prestacionales de ésta, con la finalidad de responder, siquiera parcialmente, tanto a una cuestión de lógica sustantiva cuanto a la teleológica, de mejora del alcance protector;
- b. el régimen protector de tales contingencias, legalmente calificadas como accidente de trabajo, se defiende inopinadamente a las consecuencias prestacionales *previstas por el Texto Refundido de la LGSS para la enfermedad profesional*, dando en convertir al contagio de origen profesional del virus SARS-CoV-2 en el caso del personal sanitario y sociosanitario en una suerte de inexplicable *tertium genus* o contingencia profesional híbrida;
- c. las *consecuencias* (prestaciones) se hacen depender, como en la norma

⁶³ Cfr. INSSST, *Casos notificados Covid-19 como contingencia profesional. Datos acumulados febrero 2020-enero 2021*, cit.

precedente, de varios elementos esenciales:

- la condición modal: *en el ejercicio de su profesión, durante la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios*;
- nexos causal: *exposición* al virus SARS-CoV-2 *por* la prestación de servicios;
- condición probatoria: *acreditación* de tales circunstancias por los Servicios de Prevención⁶⁴.

La cuestión de la vigencia temporal queda, ahora, resuelta merced a la previsión “abierta” de la norma: «dentro del periodo comprendido desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud hasta el levantamiento por las autoridades sanitarias de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el mencionado virus SARS-CoV-2»; nueva temporalización, ésta, no sujeta a calendario y más acorde con la incertidumbre sobre la duración de las medidas contra la pandemia.

Llegados a este punto, resulta difícil sustraerse a la reflexión sobre la razón, significado y propósito de la “respuesta excepcional” – que, desde luego, lo es – dada por el Gobierno de España en el art. 6 del RD-Ley 3/2021, habida cuenta de que, aún tratándose – en efecto – de «una situación también excepcional» (como expresamente reza el Preámbulo de la norma), el SARS-CoV-2 «ha venido para quedarse».

Cabe interrogarse, así, sobre la razón en base a la cual, aún quedando expedita desde el 5 de diciembre de 2020 – merced a la señalada incorporación – la calificación de la infección por SARS-CoV-2 como *enfermedad profesional* para los colectivos laborales a que se refiere el Grupo 3, Agente A, del RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, la solución normativa ha sido la de la *hibridación* descrita páginas atrás. Indiscutiblemente, el elemento coyuntural haya jugado un papel central a la hora de articular una solución, asimismo, interina con la que – como el propio Preámbulo del RD-Ley 3/2021 explica – trata de «satisfacer las demandas que se habían formulado en este sentido desde distintas corporaciones y asociaciones de profesionales sanitarios y socio-sanitarios,

⁶⁴ Nótese cómo, a diferencia de lo establecido en el art. 5 del RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, no estamos, aquí, ante la *comunicación* de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales (que, según aquel precepto pueden, desde luego, realizar los Servicios de Prevención pero, también, los facultativos del Sistema Nacional de Salud), sino ante un verdadero requisito o condición constitutiva de la *presunción* a que expresamente hace referencia el art. 9.3 del RD-Ley 3/2021 y que se hace corresponder, *en exclusiva*, a los Servicios de Prevención.

dando respuesta también a la demanda formulada al Gobierno por los grupos parlamentarios» y que, obviamente, encontraba como referencia la consideración como enfermedad profesional.

Desde luego, el paso – *modo* arts. 3, 4 y 5 del RD 1299/2006, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales – a la consideración como enfermedad profesional de los cerca de 80.000 casos de infección por SARS-CoV-2 en personal sanitario y sociosanitario (el 78% de ellos, en mujeres), notificados a la RENAVE hasta abril de 2021⁶⁵ supondría, en estos momentos, amén de un colapso administrativo, la introducción de un escenario de inseguridad jurídica considerable, por cuanto el carácter pandémico de la enfermedad dificulta, desde luego, la consideración de la etiología del contagio como *exclusivamente* laboral (incluso en el caso de profesionales del sector sanitario y del socio-sanitario) lo que obsta, obviamente, a los procesos: tanto al intelectual de detección-sospecha-notificación cuanto, consecuentemente, al administrativo de comunicación-calificación de la patología como enfermedad profesional. Y ello, tanto desde el obvio punto de vista cualitativo, como desde una perspectiva cuantitativa, pues las apuntadas dificultades – casi insalvables – se reproducirían de un modo casi exponencial dada la ampliación de la extensión subjetiva que la consideración como enfermedad profesional conllevaría durante la pandemia: además del personal sanitario y sociosanitario, se incluiría al *personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de cuidados de enfermos en cuidado a domicilio, personal de laboratorios de investigación o análisis clínicos, trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados, odontólogos, personal de auxilio, trabajadores de centros penitenciarios y personal de orden público*, todos ellos incluidos en el Grupo 3-Agente A.

Los apuntados obstáculos sólo parecen disiparse completamente en un, todavía lejano, escenario post-pandémico, por lo que la calificación *strictu sensu* del contagio por SARS-CoV-2 en todos los colectivos indicados parece quedar forzosamente diferida a ese momento.

No obstante, y siquiera por lo que hace al personal sanitario y sociosanitario, completado, ya, el proceso de vacunación del mismo, considero que la cuestión debe ser objeto, sin más demora, de una solución definitiva, coherente con la realidad y técnicamente adecuada, que pasa por la modificación del Anexo II del RD 1299/2006, con inclusión expresa (en el Grupo 3, Agente A) del SARS-CoV-2 – como subagente – y de las actividades sanitarias y sociosanitarias – como principales actividades

⁶⁵ Así, ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo](#), cit., p. 9.

capaces de producirla⁶⁶ – y la calificación de la contingencia como *enfermedad profesional*.

Las respuestas “excepcionales” articuladas hasta ahora (calificación como accidente de trabajo, en primer término, y, actualmente, reconducción de los casos de infección al tratamiento estrictamente *prestacional* de la enfermedad profesional) han despertado, además, severas críticas desde el ámbito sindical⁶⁷, habida cuenta de lo que se ha calificado como “trabas” por parte de los Servicios de Prevención de Administración y empresas privadas, así como por parte de las entidades gestoras y colaboradoras a la acreditación, notificación y reconocimiento – respectivamente – tanto de aquella contingencia como de las prestaciones correspondientes por la misma o por enfermedad profesional. Conforme a las cifras publicadas⁶⁸, los casos de Covid-19 notificados como contingencia profesional entre febrero de 2020 y enero de 2021 relativos a profesionales sanitarios o sociosanitarios (alrededor de 11.000, un 92,4% de todos los notificados) vienen a representar únicamente en torno a un 14% del total de los que han afectado a estos colectivos. De mantenerse la proporción de mujeres en el total de los mismos, estaríamos haciendo referencia a en torno a 8.500 accidentes de trabajo notificados, lo que puesto en relación con los casos totales comunicados entre las trabajadoras de estos colectivos, rebaja aún más la *ratio* de consideración como accidente de trabajo (únicamente un 13,5%).

A priori, se antoja un porcentaje escaso, habida cuenta de la destacadísima incidencia que, en términos generales de infección, ha afligido a los mismos⁶⁹ y, muy especialmente, a las mujeres (que, durante toda la

⁶⁶ Tal mecanismo ya se había empleado en 2015 para la inclusión del cáncer de laringe respecto de determinadas actividades productivas. *Vid.* el comentario a cargo de J.A. PANIZO ROBLES, *Una nueva enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social (con ocasión del RD 1150/2015, 18 de diciembre)*, en *Aranzadi Digital*, 2015, n. 1.

⁶⁷ De esta manera, la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), según la cual «la Seguridad Social solo reconoce el 10% de los contagios por Covid-19 como accidente de trabajo y ninguno como enfermedad profesional» (EUROPA PRESS, [Solo el 10% de casos de Covid se reconocen como accidente de trabajo y ninguno como enfermedad profesional](https://www.europapress.es), en www.europapress.es, 26 abril 2021).

⁶⁸ INSST, *Casos notificados Covid-19 como contingencia profesional. Datos acumulados febrero 2020-enero 2021*, cit.

⁶⁹ Al principio del desarrollo de la pandemia (mayo 2020), la afectación de estos colectivos constituía el 16,5% de los casos totales notificados (en torno a 250.000); en el momento de redactar estas líneas, un 3,6%, si bien sobre un total acumulado de más de 3.200.000. *Cfr.*, respectivamente, ISCIII, CNE, RENAVE, [Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España](#), cit., p. 6, y ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo](#), cit., p. 9.

pandemia, han venido constituyendo en torno al 78% de los casos en dichos colectivos) y, sobre todo, de su incongruencia con el propio criterio de la Administración que, en la información oficial publicada⁷⁰, viene atribuyendo al «ámbito de posible exposición» *laboral* (en general) un volumen acumulado de 116.858 casos, que se compadecen mal con los sólo 11.848 notificados en total, *para todas las ocupaciones y en todas las actividades económicas*, como contingencia profesional⁷¹.

Parece obvia la existencia de un gap demasiado profundo – y generalizado – entre el *posible* carácter laboral de la exposición profesional y su *efectiva* consideración (en fase ya de acreditación por los Servicios de Prevención, ya de notificación o reconocimiento), lo que debería ser objeto inmediato de detenido análisis y comprobación técnica, así como explicación y, en su caso, corrección, por parte de la Administración de la Seguridad Social.

5. Bibliografía

AA.VV., *Prevención de riesgos biológicos y Covid-19*, Bomarzo, 2020

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, [Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo](#), Fact, 2003, n. 42

DUMAS O., VARRASO R., BOGGS K.M., QUINOT C., ZOCK J.-P., HENNEBERGER P.K., SPEIZER F.E., LE MOUAL N., CAMARGO C.A. JR., [Association of Occupational Exposure to Disinfectants With Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among US Female Nurses](#), en [jamanetwork.com](#), 18 octubre 2019

EUROPA PRESS, [Solo el 10% de casos de Covid se reconocen como accidente de trabajo y ninguno como enfermedad profesional](#), en [www.europapress.es](#), 26 abril 2021

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK'S TOPIC CENTRE OSH, [Mainstreaming gender into occupational safety and health practice](#), 2014

GEFEN A., OUSEY K., [Update to device-related pressure ulcers: SECURE prevention. COVID-19, face masks and skin damage](#), en [Journal of Wound Care](#), 2020, vol. 29, n. 5, pp. 245-259

ILO, WHO, [COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Interim guidance](#), en [www.who.int](#), 2 febrero 2021

⁷⁰ Cfr. ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo](#), cit.

⁷¹ Cfr. INSST, *Casos notificados Covid-19 como contingencia profesional. Datos acumulados febrero 2020-enero 2021*, cit., pp. 6-8.

- INSST, *Casos notificados Covid-19 como contingencia profesional. Datos acumulados febrero 2020-enero 2021*, 2021
- INSST, NTP 907: *Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: método MAPO*, 2011
- INSST, NTP 658: *Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (II): recomendaciones preventivas*, 2004
- INSST, NTP 657: *Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales*, 2004
- INSST, NTP 603. *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*, 2003
- INSST, NTP 507: *Acoso sexual en el trabajo*, 2000
- INSST, NTP 177: *La carga física de trabajo: definición y evaluación*, 198(sic)
- ISCIII, [Informes COVID-19](#)
- ISCIII, CNE, [Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo. Situación a 27 de abril de 2021](#), 2021
- ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe nº 76. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo](#), Informe COVID-19, 28 abril 2021
- ISCIII, CNE, RENAVE, [Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España](#), 29 mayo 2020
- ISCIII, CNE, RENAVE, [Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España](#), 30 abril 2020
- JACKLITSCH B., WILLIAMS W.J., MUSOLIN K., COCA A., KIM J.-H., TURNER N., [Criteria for a Recommended Standard. Occupational Exposure to Heat and Hot Environments. Revised Criteria 2016](#), DHHS (NIOSH) Publication, 2016, n. 2016-106
- LEGUA RODRIGO M.C., *La Covid-19 como nueva enfermedad profesional en el personal sanitario, tras la Directiva 2020/739 de la Comisión de 3 de junio*, en *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 2021, n. 58, pp.
- MACGIBENY M.A., WASSEF C., *Preventing adverse cutaneous reactions from amplified hygiene practices during the COVID-19 pandemic: how dermatologists can help through anticipatory guidance*, en [link.springer.com](#), 9 mayo 2020
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, AGENDA 2030, *Documento técnico de recomendaciones de actuación desde el sistema público de protección a la infancia y a la adolescencia ante la crisis por COVID-19 (Incluye las recomendaciones para el sistema de atención a menores en conflicto con la ley o Justicia Juvenil)*, 31 marzo 2020
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, AGENDA 2030, [Documento técnico de recomendaciones de actuación de los servicios sociales ante la crisis por COVID-19, en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables](#), 27 marzo 2020

MINISTERIO DE SANIDAD, *Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2*, 15 febrero 2021

MINISTERIO DE SANIDAD, [Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID 19](#), Documento técnico, 18 junio 2020

MINISTERIO DE SANIDAD, *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19*, 10 junio 2020

MINISTERIO DE SANIDAD, [Nota informativa sobre la autorización de proveedores de determinadas sustancias activas](#), 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en el sector de estaciones de servicio. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 29 julio 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en el comercio de alimentación, bebidas y productos de primera necesidad. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en actividades de gestión y administración. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en el transporte, reparto y carga/descarga de mercancías. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 27 junio 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en el sector de servicios sociales. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 12 mayo 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, *Directrices de buenas prácticas en las actividades de restauración. Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2*, 14 septiembre 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, [Orientaciones ergonómicas para trabajos a distancia con ordenador debido al Covid-19. Recomendaciones para el empresario](#), 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, [Prevención de riesgos psicosociales en situación de trabajo a distancia debida al Covid-19. Recomendaciones para el empleador](#), 2020

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL, INSST, [Trabajar en tiempos de COVID-19. Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios](#), 2020

OIT, *Frente a la pandemia: Garantizar la Seguridad y Salud en el Trabajo*, 2020

OMS, [El género y la COVID-19](#), Documento de apoyo, 14 mayo 2020

OSHA, *Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19*, US Department of Labor, 2020, OSHA 3990-03

PANIZO ROBLES J.A., *Una nueva enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social (con ocasión del RD 1150/2015, 18 de diciembre)*, en *Aranzadi Digital*, 2015, n. 1

TURQUET L., KOISSY-KPEIN S., *COVID-19 and gender: What do we know; what do we need to know?*, en *data.unwomen.org*, 13 abril 2020

UN WOMEN, *COVID-19: emerging gender data and why it matters*, en *data.unwomen.org*, 26 junio 2020

WHO, *Attacks on health care in the context of COVID-19*, en *www.who.int*, 30 julio 2020

WHO, *Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of International Health Regulations (IHR, 2005). Draft resolution proposed by Argentina, Chile, Finland, France, Indonesia, Netherlands, Rwanda, Singapore and Zambia*, Executive Board, 146th session, 8 February 2020, EB146/CONF./17

WHO, *Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme. An analytical framework*, 2011

Web sites

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA): <https://osha.europa.eu/>

Instituto Nacional de Estadística (INE): <https://www.ine.es/>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: <https://www.mscbs.gob.es/>

World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/>

Red Internacional de ADAPT



ADAPT es una Asociación italiana sin ánimo de lucro fundada por Marco Biagi en el año 2000 para promover, desde una perspectiva internacional y comparada, estudios e investigaciones en el campo del derecho del trabajo y las relaciones laborales con el fin de fomentar una nueva forma de “hacer universidad”. Estableciendo relaciones estables e intercambios entre centros de enseñanza superior, asociaciones civiles, fundaciones, instituciones, sindicatos y empresas. En colaboración con el DEAL – Centro de Estudios Internacionales y Comparados del Departamento de Economía Marco Biagi (Universidad de Módena y Reggio Emilia, Italia), ADAPT ha promovido la institución de una Escuela de Alta formación en Relaciones Laborales y de Trabajo, hoy acreditada a nivel internacional como centro de excelencia para la investigación, el estudio y la formación en el área de las relaciones laborales y el trabajo. Informaciones adicionales en el sitio www.adapt.it.

Para más informaciones sobre la Revista Electrónica y para presentar un artículo, envíe un correo a redaccion@adaptinternacional.it



ADAPTInternacional.it

Construyendo juntos el futuro del trabajo